

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**  
**AGONISTICO - NON AGONISTICO**

**L'ATLETA**

COGNOME ..... NOME .....

CODICE FISCALE .....

DOCUMENTO .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... n° .....

Telefono ..... Email .....

**CHIEDE VISITA MEDICA PER L'IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**AGONISTICA**

**NON AGONISTICA**   
(buona salute)

**DELLO SPORT** .....

SOCIETA' SPORTIVA INVIANTE .....

---

**PARTE DA COMPILARSI SOLO SE L'ATLETA E' MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALMENTE NOMINATO**

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.V. 2004

I.../La sottoscritt.../a ..... e .....,  
esercenti/e la patria potestà sul minore .....,  
da.... il consenso alla effettuazione degli accertamenti necessari al rilascio della idoneità sportiva.

**Firma dei genitori o del tutore legalmente nominato**

.....

**Informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.**

Il Decreto Legislativo nr. 196/2003 prevede il diritto alla protezione dei dati personali relativi alle persone fisiche garantendo che il trattamento degli stessi si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità e della riservatezza dell'interessato. Con la presente La informiamo che i dati personali e sensibili da Lei forniti, oppure altrimenti acquisiti, anche verbalmente, direttamente o tramite terzi, nell'ambito della nostra attività, saranno trattati nel rispetto del principio di liceità, necessità, finalità, proporzionalità e correttezza. In particolare, per i trattamenti dei "dati sensibili" (che, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) del D.Lgs. n. 196/2003, sono i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale), l'art. 26 del D.Lgs. n. 196/2003, prevede che essi possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

In riferimento a tali dati Le forniamo le seguenti informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

- 1) I dati personali e sensibili da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
    - a) obblighi legali quali fatturazione, registrazioni contabili obbligatorie, pagamenti;
    - b) esecuzione delle prestazioni da voi richieste e gestione delle prenotazioni ambulatoriali presso la nostra struttura.
    - c) invio di comunicazioni relative a servizi oggetto del rapporto in essere e prestazioni da noi erogate
  - 2) Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili per le finalità indicate al punto 1) lett. a) e b) è obbligatorio ed essenziale per l'erogazione delle prestazioni da Lei richieste, per l'esecuzione del rapporto contrattuale e per la gestione delle sue prenotazioni ambulatoriali presso la nostra struttura. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati o al loro trattamento determinerà l'impossibilità per l'interessato di accedere alla prestazione sanitaria richiesta e di dar corso ai conseguenti rapporti contrattuali. Il mancato conferimento dei dati per le finalità indicate al punto 1) lett. c) è facoltativo e può essere da Lei negato in qualsiasi momento senza pregiudizio alcuno.
  - 3) I dati verranno trattati sia su supporto cartaceo, sia su supporto elettronico con misure idonee sia ad assicurare la protezione e la sicurezza dei dati medesimi.
  - 4) Gli indirizzi di posta elettronica da Lei forniti potranno essere utilizzati dalla scrivente società per l'invio di comunicazioni relative alle prestazioni da noi erogate, ai servizi oggetto del rapporto in essere o per l'invio di comunicazioni inerenti le sue prenotazioni.
  - 5) Ferme restando le comunicazioni e diffusioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, i suoi dati sono comunicati in Italia, esclusivamente per le finalità sopra indicate, alle seguenti categorie di soggetti:
    - incaricati / responsabili al trattamento dei dati per la gestione delle prenotazioni e per l'espletamento delle pratiche amministrative strettamente connesse alla prestazione erogata.
    - a strutture sanitarie incaricate dell'esecuzione e/o raccolta dati di parte delle prestazioni oggetto del contratto sottoscritto con l'utente;
    - Direttore Sanitario, personale medico ed infermieristico per l'erogazione delle prestazioni richieste;
    - società di assicurazioni solo nel caso in cui, a seguito di evento dannoso in occasione dell'accesso presso la ns. struttura, si renda necessario aprire una pratica di infortunio.
    - professionisti e consulenti in materia fiscale o contabile;
    - ad eventuali enti pubblici od autorità amministrative a seguito di ispezioni o verifiche.
    - organi di P.S. in caso di eventi straordinari
    - aziende esterne incaricate dell'archiviazione documentale
- Agli incaricati al trattamento sono state impartite specifiche istruzioni alle quali attenersi per mantenere la riservatezza dei dati. Al di fuori delle categorie di soggetti su menzionati i suoi dati non sono comunicati o diffusi a terzi.
- 6) I dati verranno trattati per tutta la durata del rapporto contrattuale instaurato ed anche successivamente per l'espletamento di norme di legge.
  - 7) Il titolare del trattamento è la Domus Medica Group Srl con sede in via IV novembre, 58 - 33010 Feletto Umberto (UD). Responsabile del trattamento è la Sig.ra Zontone Gabriella alla quale può rivolgersi in qualsiasi momento, presso la sede, in relazione ai suddetti trattamenti, per esercitare i diritti di cui all'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003 che si trova esposto in bacheca al piano terra della nostra struttura.

**Consenso dell'interessato al trattamento di propri dati personali e sensibili**

Ricevuta completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, unitamente a copia dell'art.7 del decreto legislativo medesimo, l'utente .....

**Sezione da compilare solo se l'utente è minorenne a cura dei genitori o tutore legalmente nominato:**

Nome e Cognome ..... nato/a a ..... il .....  
 grado di parentela ..... C.F. .... e residente in .....

<input checked="" type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> nego il consenso
al trattamento dei miei dati personali da parte della Domus Medica Group Srl per le finalità indicate al punto 1) lett. a) dell'informativa <b>(Il trattamento dei dati di cui al punto suddetto e il relativo consenso sono obbligatori ai fini della gestione del rapporto contrattuale)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> nego il consenso
al trattamento dei miei dati sensibili da parte della Domus Medica Group Srl per le finalità indicate al punto 1) lett. b) dell'informativa <b>(Il trattamento dei dati di cui al punto suddetto e il relativo consenso sono obbligatori ai fini dell'esecuzione della prestazione da lei richiesta)</b>	
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> nego il consenso
al trattamento dei miei dati personali, incluso l'indirizzo di posta elettronica, per le finalità indicate al punto 1) lett. c) e punto 4) dell'informativa <b>(Il trattamento dei dati di cui al punto suddetto e il relativo consenso sono facoltativi)</b>	

Data.....

Firma leggibile .....

Domus Medica Group Srl

**Domus Medica Group srl**

Via IV Novembre, 58 | 33010 Feletto Umberto | Tavagnacco (UD) | t. +39 0432 689126 | f. +39 0432 435998 | info@domusmedicafvg.it | www.domusmedicafvg.it

Reg. Imprese di Udine, PI e CF 02823800301 | Capitale Sociale € 50.000,00 | REA n. UD 290789

Istituzione sanitaria privata accreditata per la Medicina dello Sport di I° e II° livello - Decreto 116/DC del 15/02/2010

**MODULO DI ANAMNESI**

Cognome ..... Nome ..... Data di nascita .....

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

**Anamnesi familiare** (Genitori, fratelli, sorelle, nonni)

Diabete No  Sì  chi.....  
 Ipertensione Arteriosa No  Sì  chi.....  
 Morte improvvisa giovanile No  Sì  chi.....  
 Cardiopatia ischemica od infarto No  Sì  chi.....  
 Altro (specificare) .....

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

**Anamnesi fisiologica**

Alimentazione libera   regime dietetico in atto .....  
 Fumo No  Sì  quante sigarette .....  
 Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore   
 Uso di farmaci No  Sì  quali e perchè .....  
 Vaccinazione antitetanica No  Sì  anno ultima vaccinazione .....

**PER LE DONNE:** data primo menarca ..... data ultima mestruazione .....  
 gravidanze No  Sì  quante .....

**Soffri o hai sofferto di malattie come:**

Ipertensione Arteriosa	SI NO	Pleurite	SI NO	Svenimento	SI NO
Morbillo	SI NO	Polmonite	SI NO	Malattie di stomaco	SI NO
Varicella	SI NO	Sinusite	SI NO	Malattie di reni	SI NO
Rosolia	SI NO	Febbre Reumatica	SI NO	Malattie di intestino	SI NO
Scarlattina	SI NO	Asma	SI NO	Lussazione anca	SI NO
Parotite	SI NO	Eczema	SI NO	Scoliosi	SI NO
Pertosse	SI NO	Allergia	SI NO	Dorso curvo	SI NO
Epatite Virale	SI NO	Anemia	SI NO	Piede piatto	SI NO
Mononucleosi	SI NO	Diabete	SI NO	Scapole alate	SI NO
Tonsille	SI NO	Tumore	SI NO	Epilessia	SI NO
TBC	SI NO	Traumi oculari	SI NO	Busti correttivi	SI NO
Otite	SI NO				
<b>Malattie di cuore</b>					
Malform. Congenita	SI NO	Problemi oculari	SI NO	Ginnastica correttiva	SI NO
Problemi Cardiaci	SI NO	Ipoacusia	SI NO	Rialzo al piede	SI NO
Aritmia	SI NO	Sordità	SI NO	Plantare	SI NO
Extrasistoli	SI NO	Trauma cranico	SI NO	Scarpe ortopediche	SI NO
Soffio	SI NO	Fratture	SI NO	Protesi	SI NO
Malform. Valvolari	SI NO	Distorsioni	SI NO	Interventi chirurgici	SI NO
Miocardite	SI NO	Stiramenti muscolari	SI NO	Se si quali _____	_____
Pericardite	SI NO	Strappi	SI NO	_____	_____

Altro.....

**Domus Medica Group srl**

**Anamnesi sportiva**

Sport ..... Società sportiva .....

Allenamenti a settimana ..... Durata in ore .....

Quando pratichi sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
svenimenti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
dolori toracici	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
grande stanchezza	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Hai già eseguito visite per l'idoneità sportiva?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Se si quali .....

Io sottoscritto/a ..... dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti,
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge,
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.
- dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi

Data .....

Firma ..... (dei genitori o tutore legalmente nominato se l'atleta è minorenn)

Annotazioni del Medico dello Sport: .....

.....

.....

.....

Firma del Medico dello Sport .....